



UFPB

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE EDUCAÇÃO  
CURSO DE PEDAGOGIA**

**ANA MÉRCIA COSTA DE MEDEIROS**

**O ATENDIMENTO DE ALUNOS(AS) COM TRANSTORNO DE DÉFICIT  
DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)**

**JOÃO PESSOA/PB  
2015.1**

**ANA MÉRCIA COSTA DE MEDEIROS**

**O ATENDIMENTO DE ALUNOS(AS) COM TRANSTORNO DE DÉFICIT  
DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado pela graduanda Ana Mércia  
Costa de Medeiros à Universidade Federal  
da Paraíba – UFPB – como requisito parcial  
para obtenção do título de Graduação em  
Pedagogia.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Janine Marta Coelho  
Rodrigues

**JOÃO PESSOA/PB  
2015.1**

M488a Medeiros, Ana Mércia Costa de.

O atendimento de alunos(as) com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) / Ana Mércia Costa de Medeiros. – João Pessoa: UFPB, 2015.  
38f.

Orientadora: Janine Marta Coelho Rodrigues  
Monografia (Licenciatura em Pedagogia) – UFPB/CE

1. TDAH - medicalização. 2. Excessos diagnósticos. 3. Relação professor-aluno. I. Título.

UFPB/CE/BS

CDU: 616-008.61 (043.2)

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente à Deus por todas as vezes que eu quis fraquejar e com a força do Seu espírito, fez-me superar as dificuldades encontradas ao longo dessa caminhada.

À minha orientadora, prof. Dra. Janine Marta Coelho Rodrigues, que me fez acreditar em mim mesma, que ouviu pacientemente as minhas angústias e os meus medos, partilhando sempre comigo as suas ideias, conhecimento e experiências, e que sempre me motivou. Quero expressar o meu reconhecimento e admiração pela sua competência profissional e minha gratidão pela sua amizade, por ser uma profissional extremamente qualificada e pela forma humana que conduziu minha orientação.

Ao meu companheiro, pelas dores de cabeça, que muitas vezes me viu chorando pensando em desistir e com toda paciência, compreensão, carinho e amor, por muitas vezes me ajudou a achar soluções quando elas pareciam não aparecer.

## DEDICATÓRIA

*Dedico o meu TCC para uma pessoa em especial que mim encorajou para que eu tornasse meu sonho real, me proporcionando forças para que eu não desistisse de ir atrás do que eu buscava para minha vida.*

*Sei que os obstáculos foram muitos durante esses últimos anos, mas graças a Deus e a você eu não fraquejei.*

## EPÍGRAFE

*“Gosto de ser gente porque, inacabado, sei que sou um ser condicionado mas,  
consciente do inacabamento, sei que posso ir mais além dele.”*  
*(Paulo Freire)*

## RESUMO

Este trabalho é resultado do atendimento um aluno com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), sendo apresentado relato desta experiência. É feito um levantamento sobre a construção dessa nomenclatura, a farmacologia utilizada e as articulações científicas sobre os sintomas que nele se agruparam ao longo dos anos, sendo visível o quanto essa construção por vezes se apresenta confusa, com seus avanços e retrocessos. A partir disso, discute as consequências do diagnóstico de um transtorno atribuído a uma criança. Questiona-se sobre a medicalização: seria uma forma de tratar sofrimentos (e sintomas) que realmente precisam ser minimizados ou seria uma maneira fácil de enquadrar sujeitos num padrão escolar tido como ideal diante da falência do(a) professor(a) em dedicar-se ao processo de ensino-aprendizagem? Com essa reflexão, a partir de uma vivência em sala de aula, foi possível dar outro sentido à sintomatologia apresentada por uma criança portadora de TDAH. O contato com ela ajudou a repensar o que é mesmo que medicamos, tendo sido possível mostrar que havia outras possibilidades que não simplesmente tratá-la como doente – por vezes, justificativa para seu comportamento –, além da demonstração da importância da relação dialógica professor-aluno que culminou no desenvolvimento escolar desta criança.

**Palavras-Chave:** Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Medicalização, Excessos Diagnósticos, Relação Professor-Aluno.

## ABSTRACT

This work is the result of care a student with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), which presented this experience report. It made a review on the nomenclature, pharmacology and scientific researches about the symptoms that it gathered over the years, being visible as this construction sometimes appears confused, with its advances and setbacks. From this, the work discusses the consequences of diagnosing a disorder attributed to a child. Wonders about the medicalization: it would be a way to treat suffering (and symptoms) that really need to be minimized or it would be an easy way to characterize subjects in a school standard considered ideal before the teacher collapse in the teaching-learning process? With this reflection, based on an experience in the classroom, it was possible to give another meaning to the symptoms presented by a child with ADHD. The contact with it show that there were other possibilities not just treat ADHD as a sick - sometimes justification for their behavior - in addition, demonstrate the importance of dialogic in teacher-student relationship that culminated in the child school development.

**Keyword:** Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Medicalization, Uneven Diagnostics, Teacher-Student Relationship.



## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| INTRODUÇÃO .....   | 08 |
| 2 CAPÍTULO .....   | 10 |
| 2.1 – EM BUSCA DA FORMAÇÃO DO HUMANO .....   | 10 |
| 2.2 – HISTÓRICO E CONCEITUALIZAÇÃO DO<br>TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E<br>HIPERATIVIDADE (TDAH) .....   | 13 |
| 2.3 – TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/<br>HIPERATIVIDADE (TDAH) EM CRIANÇAS EM IDADE<br>ESCOLAR .....   | 15 |
| 2.4 – A DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM E O<br>TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E<br>HIPERATIVIDADE (TDAH) .....   | 19 |
| 2.5 – A INCLUSÃO E A LEGISLAÇÃO VIGENTE .....  | 20 |
| 3 RELATO E EXPERIÊNCIA .....   | 24 |
| 4 COMENTÁRIOS – UMA RELEITURA POSSÍVEL? – BREVE<br>CRÍTICA À MEDICALIZAÇÃO E À CLASSIFICAÇÃO DO<br>TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E<br>HIPERATIVIDADE (TDAH) ..... | 29 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS .....   | 33 |
| REFERÊNCIAS .....  | 35 |

## INTRODUÇÃO

O trabalho do professor não compreende uma via única, em que, numa perspectiva que Paulo Freire conceituaria como “educação bancária”, o professor entrega o conhecimento e o aluno o recebe tal qual. Ao contrário, trata-se de um processo – o processo de ensino-aprendizagem – em que ambos se influenciam. Especificamente no contexto do presente trabalho, entra a questão de necessidade de adaptação dos processos de ensino-aprendizagem no sentido de poder atender às peculiaridades individuais, especialmente de alunos(as) que contem com alguma dificuldade de aprendizagem.

Neste sentido, o professor influencia as experiências de vida (e educacionais) de seus alunos e também aprende com estes novas formas de enxergar o mundo, de experimentar o aprendizado, o ensino. Enfim, é um processo em que ambos, aluno e professor, encontram-se engajados numa interdependência.

A escolha do tema: A escolha do tema se deu em por conta da observação do número cada vez mais crescente de diagnósticos de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (bem como do aumento de outros diagnósticos). A partir disso, passei a me questionar o que era que acontecia no passado: ou se trata de casos que não eram relatados, ou se trata de um exagero diagnóstico. E, para além disso, o que pode o professor de ensino fundamental ter como atitude frente à essa demanda?

Tanto o professor quanto o(a) aluno(a) levam para a sala de aula suas próprias experiências de vida, suas subjetividades, suas identidades como agentes sociais, seus aprendizados anteriores, suas habilidades e competências no âmbito educacional. Assim, o ensino nunca se dá num sentido único (professor-aluno), mas há uma circularidade do processo de conhecimento.

Como seres portadores de identidades únicas, cada um experimenta o processo de conhecimento – tal qual todas as demais experiências da vida – de uma maneira particular, subjetiva. Daí surgem certas peculiaridades dentro do processo, em que cada qual chega em sala de aula com suas habilidades e competências próprias, as quais podem ser facilitadoras ou dificultadoras em determinadas (ou em várias) áreas do saber.

Dentro deste contexto, como qualidades dificultadoras do processo podemos apontar as dificuldades de aprendizagem, as quais podem representar: a) para o professor, em maior ou menor grau, uma dificuldade de manejo do processo de ensino-aprendizagem em sala de aula; b) para o aluno: uma experiência frustrante diante do não-engajamento no processo educacional; c) para a sociedade: o escancaramento de sua incapacidade de incluir socialmente os indivíduos que carecem de atenção diversa.

Neste sentido, o presente trabalho pretende, a partir de revisão da literatura existente, e da experiência de sala de aula da autora discutir a questão das dificuldades de aprendizagem, especificamente ao que se chama TDAH, bem como pretende trazer à discussão o atual clima de enquadramento diagnóstico, evidenciado a partir de uma eventual “promiscuidade” (se assim podemos chamar) da classificação diagnóstica constante no DSM-IV-TR (Manual Estatístico e Diagnóstico, 4ª Edição, Traduzida e Revisada), já que, diante de qualquer sintoma/comportamento apresentado pelo indivíduo, tende-se a tentar enquadrá-lo neste ou naquele quadro de classificação.

Neste sentido, é pertinente a pergunta: até que ponto o comportamento apresentado é o esboço de uma sensação que poderia ser tratada, no máximo, com um procedimento psicoterápico, por exemplo; ou de fato é uma doença cuja manifestação (desatenção, hiperatividade, etc) precisa ser suprimida por meio de medicamentos que isentem o sujeito de um processo ativo sobre suas próprias experiências?

Por fim, pretende-se que este trabalho sirva de orientação a trabalhos futuros e possibilidades de uma nova atuação a partir dos professores.

## **CAPÍTULO 2 – GERAL**

### **2.1 – EM BUSCA DA FORMAÇÃO DO HUMANO**

Faz-se importante buscar conhecer sobre os processos relacionados à docência, sobre educador e educando, refletindo sobre a prática do professor dentro de sua dinâmica social que sabemos estar envolvida em fatores econômicos e políticos. Neste contexto, e dentro da perspectiva deste trabalho, pensamos como importante refletir a questão do papel do professor, especialmente em educação básica, no que se refere a um conhecimento do que Meira (2012, p. 135) chamou de “desvelar o processo de produção dos fenômenos do não aprender e não se comportar na escola” e dos critérios que levam os profissionais em saúde a classificar o quadro como doenças ou transtornos (MEIRA, 2012).

A formação docente na perspectiva da profissionalização, argumento mais atual que a área da docência vem desenvolvendo e que procuramos tomar como referência, constitui um forte desafio para as exigências formadoras pela diversidade de sentidos de profissão que os contextos sócio-históricos e culturais determinam.

A análise de um curso de formação nos revela a complexidade do processo que prepara as futuras gerações de professores. São inúmeros fatores a serem mobilizados, controlados, definidos, etc. Algumas ações simples como a tomada de decisões por parte dos professores, é comprometida pelos limites institucionais com os quais o professor vê ameaçada sua autonomia.

Outra questão importante é a visão fragmentada das teorias pedagógicas que impedem o professor de argumentar e explicar com segurança suas ações pedagógicas. Forma-se o professor muito mais falando do método do ensino do que oportunizando a vivência da prática.

Gauthier (2000) justifica a necessidade social do reconhecimento profissional do professor a partir das especificidades da profissão que o próprio professor demonstra com os saberes e as competências do desempenho de seu trabalho de ensino.

A profissionalização docente é uma busca difícil, complexa, mas possível, se perseguida através de atitudes de valorização da pesquisa no processo formativo, da socialização de resultados e de estudos pedagógicos que consolidam um modelo, um caminho de profissionalização que se espera obter.

O reconhecimento do trabalho docente é redimensionado em parcerias institucionais, que acenam para a construção de um status profissional distinto da profissão docente, que é construída no individual e no social que se articulam e se complementam.

A construção de uma nova atitude ética, pedagógica, a escolha de ser um professor ou ser alguém que faz às vezes de professor, os fazeres, os dizeres, as contradições e os compromissos profissionais, uma maior mobilização do pensamento crítico, sinalizam as oportunidades de refletir sobre as práticas docentes, do que fazem e porque fazem o trabalho do ensino. São essas questões pensadas e contextualizadas, que constituem-se hoje, o norte de nossas buscas.

Alencar (2005) aponta para a necessidade de que o educador reconheça as exigências tecnológicas de seu tempo, sendo favorável ao uso de certas tecnologias seguindo-se um rigor metodológico.

Assim, a formação do professor na sociedade do conhecimento implica numa relação entre os processos formativos e os novos significados trazidos à sociedade pela informatização e novas tecnologias. A sociedade da informação, a sociedade do conhecimento utiliza uma intensa rede de informática e telecomunicações que disponibiliza com mais eficiência conhecimentos, ignorando fronteiras geográficas ou limites espaciais, inclusive ignorando também os limites de áreas específicas de conhecimento, tornando a educação mais que um processo de ensino e de aprendizagem. O professor como mediador das informações tecnológicas precisa desenvolver suas próprias competências para lidar com o avanço das tecnologias e da própria ciência como um todo. Neste contexto, podemos apontar a necessidade do professor como alguém com um olhar atento às demandas (individuais, inclusive) de seus alunos, no sentido de poder identificar problemas e apontar possibilidades de manejo. No contexto de nosso trabalho, apontaríamos para a criança com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

Compreendemos que os computadores e os demais recursos tecnológicos voltados para o âmbito educacional trazem em si duas faces em

relação à democratização de sua utilização. A tecnologia não escapa do bem ou do mal historicamente percebido nas mudanças sociais. O uso de um simples computador na escola torna-se fator de diferenças, realçando as desigualdades sociais e de ações educativas. Os desafios desta era tecnológica para as escolas e seus professores são inúmeros. Da mesma forma, as mudanças sociais e dos processos educativos necessários em função da necessidade de atendimento de demandas como educação especial, merecem um “tato” diferenciado do professor, que precisa estar atento à seu papel de mediador do processo de ensino-aprendizagem.

De acordo com Silva (2001, p. 119) a mediação é entendida como uma ação, uma prática social, destinada a ligar campos que se separados ou dissonantes, de modo que a mediação apresenta-se como uma possibilidade de contato, de diálogo. E a ação mediadora cria relações verdadeiras, sendo a prática mediadora um ato de intermediário, de um terceiro.

“O professor, no exercício da arte de relação com o educando, é por natureza um mediador: mediador entre o conhecimento e o educando, arquiteto de pontes entre saberes e pessoas. Esta é, desde os primórdios do professorado, em tempos remotos, a primeira missão do mestre. Mas as múltiplas tarefas a que o professor é atualmente convocado, os objetivos vastos e ambiciosos que o professor é impelido a atingir, na contribuição para o desenvolvimento humano, fazem dele um mediador entre o educando e a própria vida. Segundo Fernando Savater, a educação é o mais humano dos propósitos humanos. A humanidade, que nos vemos obrigados a completar ao longo da vida, desenvolve-se no contágio e em interação com o Outro. Esse Outro é tantas vezes o professor, aquele que partilha o seu saber, que ensina os que querem aprender. É a aprendizagem, só possível com outros humanos mais próximos da humanidade plena.”

Assim, formação dos professores que atuam nestas escolas precisa passar por mudanças que implicam na formação do próprio homem. Freire (2002), na Pedagogia da Autonomia, apresenta o que ele considera os saberes necessários à prática educativa. Tais saberes, que aglutinam aspectos da docência enquanto especificidade da atividade humana, exigem rigorosidade, método, respeito, criticidade, ética, alegria, esperança, e disponibilidade para o diálogo. Tais questões, sem dúvida, representam uma prática pedagógica responsável pela formação de um professor comprometido com a mudança que a educação é capaz de promover. Paulo Freire falava da necessidade da educação e conscientização do homem, enquanto sujeito social, o qual, contextualizado numa dada realidade, deveria compreendê-la e transformá-la. Cabe à escola e ao professor desempenhar este

papel transformador evitando uma prática bancária, assumindo uma prática pedagógico-social que tem como suporte uma pedagogia da esperança, que liberta e faz pensar. O professor, à luz das ideias freireanas, é aquele que entende a importância do ato de ler como uma leitura da vida, como prática de uma liberdade de pensamento que liberta da opressão, descortinando o entendimento do mundo, das coisas e das pessoas, sem medo e com a ousadia que a Educação como Prática da Liberdade inspira. Educação é mudança, é viver e aprender a cada dia, através das lições de cultura e educação que podem ser desenvolvidas na escola da vila, na escola da vida.

## **2.2 – HISTÓRICO E CONCEITUALIZAÇÃO DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)**

Diante da quantidade de diagnósticos de indivíduos, especialmente crianças, com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), é importante entendermos um pouco do histórico deste conceito, bem como as características apresentadas por essas crianças em sala de aula, as formas de tratamento, bem como as consequências desse diagnóstico. Enfim, é preciso refletir.

Desde 1798 há relatos que dão conta de uma tentativa de sistematização para os quadros de crianças com agitação psicomotora e problemas de atenção (SILVA, 2011, citado por FRANÇA, 2012).

Já alguma causalidade orgânica veio a ser implicada quando Strauss, em 1918, observou que diante de algum episódio de comprometimento cerebral crianças passaram a exibir agitação psicomotora e problemas de atenção. Seguidamente, em 1937, Bradley demonstrou a ação benéfica da anfetamina nos distúrbios do comportamento de crianças (AJURIAGUERRA, 1983). Strauss retoma a discussão em 1944 e propõe a expressão “lesões cerebrais mínimas”, sugerindo que seriam tão pequenas que não acometeriam neurologicamente outras funções (KANNER, 1972, citado por FRANÇA, 2012).

França (2012) diz que, em 1962, em reunião de caráter internacional, diante da ausência de provas quanto à existência de tais lesões cerebrais, optou-se pela expressão “Disfunção Cerebral Mínima”, a chamada DCM. Seguidamente,

diante da dificuldade de correlacionar os sintomas com uma determinada lesão cerebral, a DCM deixou de ser considerada como apoiada numa lesão cerebral e, a partir de 1968, o DSM-II incluiu as chamadas “desordens comportamentais da infância e adolescência”, passando a nomear o transtorno de Reação Hipercinética, por conta dos níveis excessivos de atividade (SANTOS e VASCONCELOS, 2010). É importante frisar que, anterior a essa nomenclatura, vários outros autores já tinham citado a questão de sintomatologias como dificuldade de controlar impulsos ou agitação grande e recorrente.

Pelos anos de 1970, O DSM-III trouxe a denominação “Distúrbio do Déficit de Atenção” (DDA) com ou sem hiperatividade – onde geralmente se priorizava a desatenção mesmo sendo a hiperatividade o que, em nível comportamental, se enfatizava. Já em 1987, o DSM-III-R tornou a enfatizar a hiperatividade, alterando a nomenclatura para Distúrbio de Déficit de Atenção e Hiperatividade (APA, 1980, citado por SANTOS e VASCONCELOS, 2010)

Em 1993, a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) manteve a nomenclatura do DSM-II de Transtornos Hipercinéticos. A versão revisada do DSM-IV-R<sup>TM</sup>, apresentada em 1994, acrescentou aspectos cognitivos como o déficit de atenção e a falta de autocontrole ou impulsividade. De acordo com o DSM-IV-R<sup>TM</sup>, a tríade sintomatológica passou a incluir desatenção, hiperatividade e impulsividade. O transtorno passou a ser denominado de Distúrbio do Déficit de Atenção e Hiperatividade (OMS, 1993, APA, 2003, citados por SANTOS e VASCONCELOS, 2010).

A exposição e análise da construção da história do conceito de TDAH (e outros) é importante no sentido do entendimento de como a ciência se articulou para explicar as manifestações sintomatológicas, e de como estas sintomatologias, que em outro momento eram passadas despercebidas e os sujeitos levavam por fim (inúmeras vezes) uma vida organizada a posterior, já que é sabido que há uma remissão dos sintomas por volta dos 10 anos de idade. Não se questiona aqui o mérito da investigação científica e dos avanços farmacológicos no tratamento das doenças, mas apenas se sugere a reflexão sobre o que mesmo são estes sintomas. Por fim, é importante no sentido de ajudar-nos no questionamento do motivo mesmo de por que medicar e o quê medicar.



## 2.3 – TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE (TDAH) EM CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR

Nos dias atuais, o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é considerado o diagnóstico psiquiátrico mais comum na infância (VASCONCELOS e outros, 2003, citado por BRZOZOWSKI e CAPON, 2009).

De acordo com Dorneles e outros (2014, p. 759), o TDAH “é um transtorno neurobiológico com etiologia multifatorial incluindo fatores genéticos e ambientais”, evidenciado geralmente na infância, costuma acompanhar o indivíduo na vida adulta. E isso o causa prejuízo em vários âmbitos da vida.

Atualmente, o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um dos temas que mais têm sido estudados em crianças em idade escolar (SANTOS e VASCONCELOS, 2010). Sabe-se que o TDAH “*é uma condição neurobiológica que atinge de 3% a 7% da população. Caracteriza-se por diminuída capacidade de atenção, impulsividade e hiperatividade, de acordo com o DSM-IV-TR*” (American Psychological Association, APA, 2003, citado por LOPES e outros, 2005).

O diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é feito clinicamente. Os critérios diagnósticos, segundo o DSM-IV-TR (citado por BRZOZOWSKI e CAPON, 2009), são:

| <b>Critérios Diagnósticos para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade</b>  |
|---|
| <b>A. Ou (1) ou (2)</b>   |
| (1) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção persistiram por pelo menos seis meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:<br><b>Desatenção:</b><br>(a) frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras;<br>(b) com frequência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;<br>(c) com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra;<br>(d) com frequência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções);<br>(e) com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades;<br>(f) com frequência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa);<br>(g) com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por ex., brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais);<br>(h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa;<br>(i) com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias. |
| (2) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:  |

|   |
|---|
| <p><b>Hiperatividade:</b></p> <p>(a) frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira;</p> <p>(b) frequentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado;</p> <p>(c) frequentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação);</p> <p>(d) com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer;</p> <p>(e) está frequentemente “a mil” ou muitas vezes age como se estivesse “a todo vapor”;</p> <p>(f) frequentemente fala em demasia.</p> <p><b>Impulsividade:</b></p> <p>(g) frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas;</p> <p>(h) com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez;</p> <p>(i) frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por ex., intromete-se em conversas ou brincadeiras).</p> |
| B. Alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou desatenção que causaram prejuízo estavam presentes antes dos 7 anos de idade.   |
| C. Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (por ex., na escola [ou trabalho] e em casa).  |
| D. Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.   |
| E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico e não são melhor explicados por outro transtorno mental (por ex., Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou um Transtorno da Personalidade).   |

**Tabela 1:** Critérios Diagnósticos para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (Fonte: DSM-IV, citado por BRZOZOWSKI e CAPON, 2009)

A ideia de medicalização da vida cotidiana tem transformado sensações físicas ou psicológicas que outrora eram tidas como normais (como uma certa insônia ou uma certa tristeza) em sintomas, enquadradas em doenças, como distúrbios do sono, depressão. Deste modo parece até haver o que se poderia até chamar de uma epidemia de diagnósticos (WELCH, SCHWARTZ, e WOLOSHIN (2008, citados por MEIRA, 2012).

Ainda os autores supracitados chamam a atenção para que essa “epidemia” de diagnósticos carrega consigo (em mesma escala) uma “epidemia” de tratamentos, por vezes muito prejudiciais à saúde, principalmente se desnecessários.

É nesse contexto que surgem diversas críticas ao desenvolvimento que se tem alcançado no sentido de classificação de transtornos, onde cada vez mais se abre um leque maior de síndromes: se por um lado é uma evolução no sentido de classificação diagnóstica de doenças, ajudando na avaliação clínica e condução de tratamento, por outro se tem criado um número maior de potenciais pacientes. Uma criança mais agitada de outrora, hoje pode correr o risco de ser enquadrada como portadora de TDAH. Por outro lado, L. Bourrat demonstrou que uma criança colocada em boas condições educativas e afetivas tem sua instabilidade (termo

anteriormente usado dentro das categorias que vieram, historicamente, a caracterizar o TDAH), reduzida – em grande número de casos – a um distúrbio menor, podendo diminuir por volta dos 10 anos de idade (AJURIAGUERRA, 1983).

Alguns achados científicos apontam para a existência de algo importante: D.P. Cantwell (1972), num estudo de crianças hipercinéticas comparados a pais de um grupo-controle, observou que 10% dos pais de hipercinéticos parecem ter sido também hipercinéticos, além de que metade deles contaram com uma doença mental. Por outro lado, a maioria dos pais do grupo-controle não tinha tido nenhuma doença mental. Além disso, observou que a prevalência da doença mental era maior nos pais do que nas mães (AJURIAGUERRA, 1983).

Ajuriaguerra (1983, p. 242), aponta para a eficácia demonstrada dos medicamentos, especialmente do metilfenidato (Ritalina) *“sobre o nível de atividade, atenção, impulsividade, comportamento social, aprendizado”*.

Ainda para Ajuriaguerra (1983, p. 243-244) apontava para cuidados no processo diagnóstico:

“a instabilidade psicomotora é a figura psicomotora sobre um fundo desorganizado. (...) É tão grave considerar a instabilidade psicomotora como uma síndrome unicamente motora, quanto situá-la em um conjunto de comportamentos extremamente diversos, no quadro de uma disfunção cerebral mínima, sem considerar o desenvolvimento afetivo da criança e suas relações com o ambiente. Trata-se aqui, em geral, de um mecanismo de segurança do médico que não considere a complexidade da conduta e do comportamento e confunda, totalmente, patogenias que são de fato diversas e que estão frequentemente baseadas em uma semiologia inadequada e ainda incerta”.

Comumente, a medicação usada em crianças é suspensa aos finais de semana e férias, sendo a interrupção destinada a minimizar os efeitos adversos (como redução de apetite, anorexia, insônia, ansiedade, irritabilidade, labilidade emocional, cefaleia e dores abdominais, alterações de humor, tiques, pesadelos e isolamento social (Barkley, McMurray, Edelbrock & Robbins, 1990; Rohde & Mattos, 2003; Wilens & cols., 2003, citados por SANTOS e VASCONCELOS, 2010). Como visto, tão defendida por muitos, a medicalização pode trazer sérios danos à criança. É importante salientar o caráter sazonal (acima mencionado) de uso da medicação como, para além de uma tentativa de minimizar os efeitos secundários, aponta para a questão de um enquadramento dos comportamentos quando em situação escolar,

como se todos precisassem assumir um padrão único para que se possa efetivar o processo de ensino-aprendizagem.

Apesar da importância da farmacologia, a terapêutica adequada compreende um conjunto de ações que depende, em parte, da instabilidade manifestada por cada criança em particular. Assim, pode ser adequado uma ajuda ou tratamento psicoterápico aos pais; uma organização escolar adequada que ofereça trabalho adaptado às possibilidades da criança; são condições que podem levar a uma evolução positiva do quadro (AJURIAGUERRA, 1983).

Dado interessante e que nos ajuda na reflexão aqui levantada é que os critérios diagnósticos de TDAH melhor se adequam à infância e à adolescência. Depois é que começou-se a discutir, no meio científico, a possibilidade de que adultos também sejam portadores de TDAH (LOPES; NASCIMENTO; BANDEIRA, 2005, citado por LEGNANI e ALMEIDA, 2008). Legnani e Almeida (2008), apontam que isso provavelmente se deu em função do conflito do discurso médico de pressupor uma etiologia orgânica e não haver sentido o seu desaparecimento na idade adulta.

Pensando no exposto no parágrafo acima, sobre a inclusão dos adultos na classificação de TDAH, parece-nos uma tentativa de enquadrar um número maior de sujeitos numa classificação. Assim, tal como acontece com as crianças, classificam, enquadram e medicam ao invés de implicá-los num processo de entendimento de suas experiências. Guarido (2007) nos aponta que a sintetização do primeiro psicofármaco data de 1952 e que, ao longo dos anos, a indústria farmacêutica investe cada vez mais recursos em estudos e propaganda de novas drogas. E, se por um lado tem evidências positivas no tratamento de determinados acometimentos psíquicos, como a loucura (...a questão da ajuda no processo antimanicomial), como sofrimentos psíquicos severos, mas também passa a abranger sofrimentos até então tidos como relativamente normais.

## 2.4 – A DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM E O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)

Na escola, geralmente, as diferenças decorrentes das dificuldades de aprendizagem são vistas como algo ameaçador, problemático. Isto se dá em função de que em todos os níveis de escolarização não há uma priorização pela interação, mas sim por um afastamento das condições que possam afetar o que chamam “bom” desempenho da turma e do professor (PIMENTA e outros, 2013). Esta condição demonstra a dificuldade a ser enfrentada por aqueles que busquem uma prática mais inclusiva.

É preciso, como aponta Pimenta (e outros, 2013) reverter a ideia que se tem de que o “processo educativo é neutro na compreensão e prática (...) [e] converter o Currículo num processo crítico de intervenção e reflexão.

A partir de um comparativo, é possível observar variação do uso da classificação diagnóstica do TDAH – antes já descrito também como “Lesão Cerebral Mínima” ou “Disfunção Cerebral Mínima”. No quadro abaixo, JARDIM (2001) apresenta em seu livro alguns quadros comparativos em que é possível perceber a disparidade de classificação diagnóstica ao longo dos anos, bem como em função de países:

**Quadro 1:** Nos Estados Unidos, Aldelman, 1975, concluiu que as crianças com dificuldades apresentavam os seguintes percentuais e categorias:

- ⇒ 0,5% a 2% com lesões cerebrais múltiplas;
- ⇒ 7% com problemas de processamento da informação visual e auditiva e por problemas de integração auditivo-visual e vice-versa;
- ⇒ 10% a 40% com causas motivacionais (desinteresse, negativismo, hiperatividade, despedagogia, programas inadequados, avaliações subvalorativas, reforços negativos e atitudes negligentes;

**Quadro 2:** Já Myklebust, 1969, em um dos modelos de maior consenso nos Estados Unidos, observou na população controle:

- ⇒ 7,5% de crianças da 4<sup>o</sup> e 5<sup>o</sup> anos com distúrbios neurológicos;
- ⇒ 7,4% de crianças com insucesso.

⇒ Em conclusão, há em torno de 15% de crianças com dificuldades de aprendizagem em qualquer sistema.

LEGNANI e ALMEIDA (2008) em seu artigo aponta diversos trabalhos de outros autores que buscaram, sem obterem resultados conclusivos a etiologia de TDAH.

São vários os autores que mencionam que há uma remissão dessas dificuldades de aprendizagem na criança ao ser atingida maior idade – geralmente pelos 10 anos –. Não se questiona aqui a não medicalização necessariamente, mas que é preciso um olhar diferenciado sobre ela, onde por vezes nem sempre a medicalização pode ser a melhor alternativa.

Para que se possa compreender melhor as peculiaridades das dificuldades de aprendizagem, é importante que compreendamos certas características intrínsecas ao processo de aprendizagem. Várias teorias tentam dar conta das justificativas sobre como se processa a aprendizagem e em que se situam as dificuldades. São teorias que situam o sujeito num contexto sócio-cultural-econômico.

É sabido que, em muitos casos, as dificuldades de aprendizagem podem ter como pano de fundo deficiências do aparato sensorial (auditivas, visuais, etc), mental, etc (JARDIM, 2001). Mas, para além disso há toda uma questão da subjetividade do indivíduo aí relacionada.

## **2.5 – A INCLUSÃO E A LEGISLAÇÃO VIGENTE**

Durante o século XX, a educação especial, experimentou transformações, influenciadas pelas reivindicações que os movimentos sociais no sentido de igualdade dos indivíduos. A cobrança pela não discriminação de qualquer tipo chegou ao sistema de educação e buscou a integração dos indivíduos com deficiência (MARCHESI, 2004).

O ato de educar pressupõe uma relação, ir de encontro ao outro, contribuindo para o seu desenvolvimento total (corpo, inteligência, sensibilidade, etc)

e não uma condição em que o educador presta simplesmente um serviço (BRANDÃO, 2007). E, conforme aponta Pimenta (e outros, 2013, p. 74):

“Educar (...) exige das instituições educativas a superação definitiva dos enfoques homogeneizantes, dicotômicos, tecnológicos, funcionalistas e burocratizantes, além da aproximação de seu caráter relacional, mais dialógico, mas cultural-contextual e comunitário (...)”.

Muitas vezes, costuma-se atribuir o sucesso ou insucesso escolar à prática do professor. Entretanto, como atenta Paulon (e outros, 2005, p. 9) no “Documento Subsidiário à Política de Inclusão”, atribuir ao professor todo o mérito ou descrédito deste resultado adquire mais a “dimensão de um “fardo” a ser carregado solitariamente”, situação muito vista diante das inúmeras queixas feitas por professores, impotentes diante das dificuldades de atender à diversidade dos alunos.

Ao longo dos anos, a sociedade civil organizada, por meio de diversos dispositivos legais, incluindo-se reuniões, declarações, leis, decretos teceram, gradativamente, o que temos hoje como direitos e garantias que fomentam a inclusão social e, no contexto deste trabalho, a inclusão escolar.

Tais dispositivos tratam do estabelecimento de metas (como, por exemplo, a Declaração de Salamanca) ou regimentar funcionamentos de instituições públicas, etc (como as Leis e Decretos).

A Declaração de Salamanca (Declaração de Salamanca Sobre Princípios, Políticas e Práticas na Área das Necessidades Educativas Especiais) é considerada um grande marco na luta pelo comprometimento de governos no sentido de que seja oferecida educação para todos. Organizada em Salamanca, Espanha, entre 7-10 de Junho de 1994, reconhece a necessidade e urgência de que se ofereça educação para crianças, jovens e adultos com necessidades educacionais especiais dentro do próprio sistema regular de ensino.

Esta reconvocou as várias declarações das Nações Unidas que culminaram no documento das Nações Unidas intitulado “Regras Padrões sobre Igualização de Oportunidades para Pessoas com Deficiências”.

A seguir, apresentamos, por ordem cronológica, os dispositivos e leis que tratam da questão da inclusão social:

**Principais dispositivos, por ordem cronológica:**

- 1988 – Constituição da República Federativa do Brasil
- 1989 – Lei nº 7.853/89
- 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei nº. 8.069/90
- 1990 – Declaração Mundial de Educação para Todos
- 1994 – Declaração de Salamanca
- 1994 – Política Nacional de Educação Especial
- 1996 – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – Lei nº 9394/96
- 1999 – Decreto nº 3.298 que regulamenta a Lei nº 7.853/89
- 2001 – Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica (Resolução CNE/CEB nº 2/2001)
- 2001 – Plano Nacional de Educação – PNE, Lei nº 10.172/2001
- 2001 – Convenção da Guatemala (1999), promulgada no Brasil pelo Decreto nº 3.956/2001
- 2002 – Resolução CNE/CP nº1/2002
- 2002 – Lei nº 10.436/02
- 2003 – Portaria nº 2.678/02
- 2004 – Cartilha – O Acesso de Alunos com Deficiência às Escolas e Classes Comuns da Rede Regular
- 2004 – Decreto nº 5.296/04
- 2005 – Decreto nº 5.626/05
- 2006 – Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos
- 2007 – Plano de Desenvolvimento da Educação – PDE
- 2007 – Decreto nº 6.094/07 (Compromisso Todos pela Educação – garantia de permanência no ensino regular e o atendimento às necessidades educacionais especiais dos alunos, fortalecendo inclusão nas escolas públicas)
- 2008 – Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (Apresenta diretrizes que fundamentam uma política pública voltada à inclusão escolar)



- 2009 – Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Aprovada pela ONU, determina que não se exclua pessoas com deficiência do sistema educacional)
- 2008 – Decreto nº 6.571
- 2009 – Decreto nº 6.949
- 2009 – Resolução No. 4 CNE/CEB
- 2011 – Plano Nacional de Educação (PNE)
- 2012 – Lei nº 12.764

### **Leis:**

- Constituição Federal de 1988 – Educação Especial
- Lei nº 9394/96 – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDBN
- Lei nº 9394/96 – LDBN – Educação Especial
- Lei nº 8069/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente – Educação Especial
- Lei nº 8069/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente
- Lei nº 10.098/94 – Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências
- Lei nº 10.436/02 – Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras e dá outras providências
- Lei nº 7.853/89 – CORDE – Apoio às pessoas portadoras de deficiência
- Lei Nº 8.859/94 – Modifica dispositivos da Lei nº 6.494, de 7 de dezembro de 1977, estendendo aos alunos de ensino especial o direito à participação em atividades de estágio
- Lei nº 12.764 – Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990.

### 3 – RELATO DE EXPERIÊNCIA

Logo que assumir a sala de aula eu vi-me desesperada por tamanha indisciplina de L.. Não conseguia controlá-lo, era muito impulsivo, não respeitava ninguém, tinha dificuldade de concentração e de estabelecer foco em determinadas explicações, as vezes tirava a minha paciência.

Era uma criança que possuía um emocional oscilatório, de um momento para o outro ia de uma criança afável à uma criança traquina. Tornava-se: indisciplinada, aparentemente sem limites estabelecidos, agressivo, com uma independência excessiva à sua maturidade. Estes fatores muitas vezes refletiam de forma negativa na sua atenção e concentração.

Sentia que era uma criança carente, mas não gostava de sentir o toque de ninguém, até quando me aproximava para dar alguma explicação ele se afastava, como se não pudesse ter um contato afetivo e de confiança com alguém. Não queria aprender, muito menos de realizar as atividades, o seu caderno era todo incompleto, rasgado, sujo. Quando começava uma atividade logo perdia o interesse, guardava o caderno e ficava andando de um lado para outro atrapalhando os colegas.

Revelava baixa concentração durante as aulas, envolvendo-se em situações de discussões e brigas, era agressivo, e só realizava as atividades propostas, depois de ser chamado à atenção por várias vezes.

Quanto ao seu comportamento, precisou melhorar muito, andava muito na sala de aula, não se concentrava durante as explicações, se envolvia em situações de brigas e discussões no decorrer das aulas, apelidava os colegas, demonstrava agressividade e estava sempre conversando, era o que dificultava às vezes nas conclusões das atividades realizadas em classe.

Era uma criança muito observadora e curiosa, gostava de atividades ao ar livre, correr, pular, enfim, de estar sempre em movimento. L. brincava com os amigos e suas brincadeiras preferidas eram sempre coletivas, onde podia interagir com o grupo.

Na hora do intervalo, os momentos que observava-o, não parava nem para se alimentar direito, era muito agitado, apesar de brincar ao coletivo, brigava por qualquer motivo, apesar de ser uma criança amigável, por três vezes presenciei

crises bastante agressivas, pois quando quando não conseguia bater no colega que mexia com ele, o mesmo se transformava, vinha seus momentos de fúria. Era uma fúria assustadora.

Cheguei conversar com os professores dos anos anteriores, e informaram-me que nenhum professor conseguia controla-lo e que o mesmo só vivia na direção da escola.

Certo dia, tomei a iniciativa de enfrentar a orientadora da escola, fui nervosa e ao mesmo tempo desafiadora, desafiei mesmo, falei que o aluno L. não tinha nenhuma limitação dentro da sala e que eu mesma iria por limites nele, e era só isso que faltava nele. Se ninguém tinha coragem de enfrenta-lo eu iria, não importando o que fosse fazer.

No começo foi muito difícil, fui aos poucos mim aproximando dele, essa coisa de aproximação ele não aceitava. Foi aí que descobrir que L. era não era alfabetizado. Suas dificuldades de relacionamento comigo dificultaram no inicio o processo ensino aprendizagem. Notei também que ele tinha dificuldades de visão, e que já tinha feito o exame.

Como ele era bastante inteligente, a minha preocupação no que se referia a aprendizagem foi diminuindo, apesar de não saber ler e da falta de interesse de aprender. No fundo ele aprendia, era só perguntar que ele respondia.

No começo demonstrava a falta de organização com seu material escolar. Fazia as atividades em classe como obrigação e demonstrava pouco comprometimento com atividades extraclasse.

Quando era necessário que se concentrasse para fazer alguma atividade de escrita esquivava, inventava desculpas e dizia sempre que não sabia, demonstrava grande insegurança e desinteresse quanto à leitura e escrita, não tinha autonomia para realização das tarefas.

L. não gostava de ter suas vontades contrariadas, e mostrava-se impaciente quando tinha que esperar sua vez de participar, nestas ocasiões procurava conversar com ele e explicar que todos teriam sua vez, sua oportunidade de participar.

Nos momentos de realização das atividades individuais e em grupo a criança só realizava as atividades e participava mediante intervenção e mesmo assim era difícil, porque não parava.

No decorrer, percebi suas dificuldades em tomar a iniciativa (relação parental). Exemplo: Ao entregar a ele uma folha com atividade para ser realizada, mesmo sendo capaz de fazer, e com explicação a frente da sala, ele escutava, mas não realizava. Sempre aguardava que lhe desse as orientações de forma individual.

Mesmo sentando na primeira carteira, próximo a mim, porém se desconcentrava com facilidade, se atentando a detalhes que não fazem parte do contexto da aula ou mexendo em alguns objetos pessoais. Sempre era necessário chamar a sua atenção para o assunto da aula.

Sabendo dessa dificuldade o coloquei perto de mim, e aos poucos fui ganhando a confiança dele, tinha às vezes uns momentos de fúria, ficava rasgando o material jogando as coisas, ou seja, ficava emburrado quando eu proibia ele fazer algo errado. Fiquei até a controlar as brincadeiras na hora do recreio, a dar orientações, e às vezes a tirar o intervalo dele.

Na sala de aula, sempre procurei, trabalhar através de conversas sobre a importância do cumprimento das regras e limites para poder ter um melhor desempenho nas atividades propostas. L. passou a apresentar melhoras em obedecer às regras estabelecidas na escola.

Passei a utilizar intervenções pedagógicas como atividades lúdicas, simulações de situações do cotidiano do aluno, atendimento individualizado e a utilização de materiais manuseáveis, tais como: alfabeto móvel, jogos de memória e jogos de alfabetização.

Devido as suas limitações, o trabalho na maioria das vezes é feito individualizado com atividades de rotina de acordo com o seu nível, visando um bom desempenho da escolar do mesmo.

O aluno começou desenvolvendo-se gradualmente no processo de leitura e escrita. Por fim, lia com dificuldade e esforçava-se em aprender, cujo processo ficou em construção. Trocava muitos fonemas, o que dificulta a expressividade e entendimento do todo.

Com o método de alfabetização passou para a fase de escrita silábica alfabética (na lista de palavras), porém, ainda demonstrava muita insegurança necessitando de muito auxílio individual e intervenções. Percebi que o mesmo não recebe orientações em casa, dessa forma, tentava desdobrar-me para auxiliá-lo e também motivá-lo.

Durante um bom tempo passei a dar mais atenção exclusivamente a ele, buscando lançar desafios, fazendo com que ele refletisse, passei a dar funções oficiais, como ajudante de professor, isso fez com que ele melhorasse e abrisse espaços para o relacionamento com os demais colegas. Mostrei limites de forma segura e tranquila ( no início foi bastante difícil manter a calma) sem entrar em atrito.

Introduzia mais ele em pequenos grupos, passava tarefas curtas ou intercaladas, para que pudesse concluí-las antes de se dispersar, e sempre elogiando os resultados, não importando qual fosse, também passei a valorizar a rotina, mantendo sempre os estímulos, através de novidades no material pedagógico, sempre colocando – o perto dos colegas que não o provocasse

Era uma criança carente e meiga. Seu desejo era de ser aceita, e receber elogios. Os elogios tornaram sendo as alavancas para que o mesmo buscasse novas aprendizagens. Trabalhei muito a autoestima e a confiança.

Com tudo isto, foram estabelecidos limites claros e objetivos, facilitou muito o frente contato aluno/professor, pois mim auxiliou um contato extra sobre a criança e possibilitou oportunidades de reforço positivo e incentivo a um comportamento mais adequado.

Começou a ficar mais organizado, sua grafia já era mais legível, passou a realizar melhor sua atividade em grupo, pois não possuía autonomia para realizar tarefas sozinho. Mesmo quando orientado, permanecia sentado aguardando que alguém o ajudasse. passou a ter mais concentrado e atenção para copiar do quadro, o que fazia rapidamente, mas sua caligrafia ainda fica um pouco ilegível, apesar de trabalharmos exaustivamente com atividades de caligrafia, recorte com tesoura, com as mãos e colagem.

Nesse período, já aceitava as regras da sala e, quando descumpria combinações, uma chamada de atenção já era suficiente para que volte a cumpri-las. Gostava de cooperar, tem um olhar muito doce e um comportamento bastante afetuoso, demonstrava constantemente seu carinho por todos, passou a gostar de abraçar os colegas, mas por um bom período os colegas não se adaptaram às suas demonstrações de afeto.

A mãe passou a participar e acompanhar mais o desenvolvimento do filho, ajudando-o a realizar as lições de casa. Era assíduo, faltando quando estritamente necessário, sempre trazia todos os materiais necessários para a aula,

mas ainda os perdia frequentemente: às vezes estava no chão, ou embaixo de algum caderno.

Via que a cada dia novos progressos, mas muito caminho ainda há para trilhar.

Hoje já não sei como ele está, se a nova professora está fazendo o mesmo trabalho que fiz, se ele deu uma acelerada ou regrediu, só sei que senti muito de não poder mais ajuda-lo. Ele passou a ser (como diziam as outras professoras “meu guarda costas”), porque pra onde eu ia ele ia atrás, não mim largava um só instante.

Houveram situações em que, diante da tamanha indisciplina (corroborada muitas vezes por um laudo errôneo e que só causa mais sintomas) eu perdia o controle e colocava-o para fora da sala de aula aos gritos, repreendendo-o. Nestes momentos, vinha-me a coordenadora pedagógica falando da problemática do menino e que o mesmo tinha um laudo. Entretanto, quando pedia-lhe para mostrar-me o laudo, o que ela não fazia. Parecia mais uma situação em que a criança pedia que alguém lhe impusesse limite, mas onde a indisciplina do mesmo tinha a tutela de um laudo (fictício?) diante do que ele podia ser tudo, por mais que isto lhe fosse tão prejudicial. Entretanto, com o passar, ele passou a compreender o limite e que minha raiva não era contra ele, mas contra o que ele fazia. Deste modo, ele passou a aproximar-se mais de mim, respeitando-me. Imagino que ele tenha compreendido que podia confiar em mim e que ele não era apenas aquele suposto laudo ora dado e que determinava o que ele seria antes mesmo que ele tivesse a oportunidade de ser alguma coisa.

Só sei que ele avançou muito, só em alfabetizá-lo e torna-lo um aluno respeitado e respeitador, valeu tudo que passei por ele e por mim, aprendi muito com ele.

Obrigado L. por ter sido “meu aluno” nesse ano letivo que passou.

#### **4 – COMENTÁRIOS – UMA RELEITURA POSSÍVEL? – BREVE CRÍTICA À MEDICALIZAÇÃO E À CLASSIFICAÇÃO DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)**

Antes de mais nada, é preciso que o trabalho do professor se ache voltado para o que Paulo Freire chama de uma educação libertadora. Assim, ele precisa: primeiro, mesmo não podendo mudar o mundo, reconhecer que pode trazer alguma contribuição à escola em que trabalha; segundo, ser humilde ao reconhecer que seus alunos podem ter conhecimentos dos quais ele desconhece; terceiro, ser capaz de reaprender o que já sabe sobre o conteúdo a ser aprendido, sendo que do ponto de vista do aluno, o qual vivencia uma realidade que não é a sua; quarto, compreender criticamente as formas de funcionamento que são próprias da sociedade para, assim, entender como se dá a educação no contexto de sala; por fim, respeitar o que seus alunos têm a dizer (não fugindo dos limites de convivência), bem como exigir seriedade intelectual àqueles que tenham conhecimento suficiente quanto ao objeto de estudo (RAMOS e BORGES, 2006). Deste modo, podemos repensar a prática do professor no ensino-aprendizagem como responsável por explorar de outras formas as possibilidades de conhecimento e de aprendizagem do aluno que conte com alguma dificuldade de aprendizagem e TDAH.

Legnani e Almeida (2008), apontam que a classificação atual do TDAH, sua proposta de tratamento medicamentoso (a que chama de indiscriminada) denotam uma visão naturalista/biológica do aparelho psíquico do indivíduo.

Para além disso, os autores supracitados chamam a atenção para o perigo de que essa medicalização exacerbada leve a uma falsa impressão de que redução da angústia sentida pelo sujeito em suas experiências, ao crerem que a farmacologia eliminará qualquer tipo de sintoma ou sofrimento do psiquismo (GHEROVICI, 1997, citado por LEGNANI e ALMEIDA, 2008).

Entraria aqui também a discussão entre a medicalização ser mais evidente em meninos do que em meninas no TDAH, já que no caso de meninas, o foco é maior na desatenção e dispersão em si do que no comportamento que é o

que acontece com os meninos (ROHDE & HALPERN, 2004, citados por LANDSKRON e SPERB, 2008) – estes chegando, pois, mais aos consultórios.

Para além da questão dos prejuízos na qualidade de vida do sujeito que se enquadre como TDAH, hiperativo não seria, por exemplo, aquele que, ao invés de ter uma desatenção, tem, uma em maior grau, pois está voltada à tudo ao redor? Sua atenção seria, pois menor focada, entretanto mais amplificada no sentido de dar conta de outras coisas? Novamente, não queremos dizer que isso não traga prejuízo, apenas estou levantando possibilidades de ver a problemática.

Alguns autores mencionam e pensamos também que, se por um lado o diagnóstico de TDAH pode ser um motivo de receio pelos familiares e pela própria criança, por outro lado, ao dar o diagnóstico a família pode sentir-se numa certa desobrigação também no sentido de que aquela criança tem uma doença que pode ser medicada, que sua sintomatologia não se trata de uma denúncia de como anda a situação da dinâmica relacional. No sentido da própria criança, pode aparecer como uma contínua justificativa para a execução de seus desejos, para o seu estado, e para a sua permanência numa condição desigual às demais – “eu sou assim porque sou doente” –. E poderíamos pensar no âmbito escolar: para os professores, que não conseguirem muito sucesso com certos alunos, a justificativa poderia ser algo do tipo “é que ele tem transtorno”.

Legnani e Almeida (2008), apontam que da forma como são feitas as atuais classificações diagnósticas, há uma ausência das contribuições teóricas acerca da subjetividade humana, que compunham o entendimento destas problemáticas em outros períodos. Ou seja, para que se dê uma facilidade prática no processo diagnóstico, “a ênfase recai em sistemas operacionais dos transtornos psíquicos” (p. 5). Entretanto, as descrições por demais objetivas dão uma visão unicamente organicista e reducionista do sujeito, reduzido a estímulos neurofisiológicos, sendo a vida psíquica vista como mero acessório da vida biológica do sujeito.

Alguns autores de diversas áreas, sejam da Pedagogia, da Psicologia, ou mesmo da Medicina ou Psiquiatria, sempre questionaram e questionam até hoje a questão da medicalização. Seria ela uma forma de apenas tamponar o que se julga como disfuncional? Neste contexto, Fiore (2005, p. 367) aponta:



“Pensar sobre a medicalização do corpo significa levar em conta os processos de subjetivação que nos atravessam. E isto parece se relacionar com o fato de enxergarmos no corpo a causa de todos os nossos problemas. Por que a subjetividade e seus modos de produção têm sido reduzidos à dimensão orgânica/biológica? Por que atualmente as dificuldades que o sujeito encontra na vida parecem estar localizados primariamente no corpo?”

Vários autores tem criticado a forma como tem se dado a medicalização dos sintomas na infância questionando a questão da medicalização como forma de suprimir os sintomas sem permitir a elaboração dos conflitos subjetivos que promoveram os sintomas.

Brzozowski e Capon (2009) chamam atenção para a questão do dúbio no diagnóstico de TDAH. Segundo estes autores, do ponto de vista do imediatismo, isto ajuda na resolução do problema da criança na escola, além do que livra a família da culpa pela não-aprendizagem e mau comportamento. Todavia, ao se nomear tão precocemente com um diagnóstico de transtorno mental uma criança, isto pode gerar uma resposta nela própria, possivelmente no sentido de afirmação dos sintomas da doença, de modo que a criança desde já (estendendo-se pela vida adulta e velhice) incorpore este estigmatismo, sendo incapaz de realizar as atividades cotidianas qual outro indivíduo tido como “normal”.

Outro ponto interessante sobre a incidência e que nos chama a atenção é a questão de que o TDAH tem maior prevalência em meninos do que em meninas. Não seria isso uma falta de investigação mais precisa, já que se sabe que os sintomas que as meninas apresentam estão mais relacionados à (falta de) atenção e os meninos ao (mal) comportamento, de modo que a questão comportamental é mais evidente? Não se trata com isso de questionar os critérios diagnósticos (e que se questione também), mas principalmente de chamar atenção para a necessidade de refletirmos sobre o que mesmo é que essas crianças precisam? A solução ideal é uma medicação que tampona seus comportamento (sintoma) ou uma existem outras possibilidades em suas experiências familiares e escolares que podem ser revistas e reestruturada (causa do sintoma)?

Fiore (2005) em seu artigo “Medicalização do corpo na infância – Considerações acerca do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade” traz uma crítica ao papel desempenhado pelo discurso científico patologizante. Segundo esta autora, as características do sujeito, que antes tinham o estatuto de atributos

individuais, passam a ser estigmatizados, num julgamento moral fundamentado na ideia de “patologia”. Assim, o que antes poderia ser tido como mera característica de um sujeito, passa a ser sinal evidente do adoecimento psíquico instalado. Onde o normal está dentro de um padrão científico que estabelece até mesmo os padrões de nossa inteligência.

Pior que isso, tal discurso do patológico não se trata apenas de um discurso do meio do próprio sujeito, que pode ser contraposto por outros discursos, mas se trata de um discurso científico, percebido como verdade inquestionável.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atendimento à criança hiperativa de um modo geral sempre é motivo de discussões e questionamentos. Não se discute aqui o mérito da pesquisa científica e dos avanços decorrentes de tais pesquisas e investigações. Pelo contrário, podemos reconhecer as benesses destes estudos no sentido de melhoria da qualidade de vida das pessoas que são consideradas hiperativas, sobretudo durante o período de escolarização.

Entretanto, muitos estudiosos dão conta do quanto os estudos que justificam a utilização de medicamentos – indiscriminada, por vezes – deixam de respeitar o viés do individual, a história de cada sujeito, as suas experiências particulares e suas relações com o mundo, com a família, com a escola. Assim, é como se partisse de uma premissa de que todos são iguais e devem funcionar iguais. Percebe-se em sala de aula o impacto da medicação nas crianças pelo seu comportamento apático e distante, como quem tamponou os sentimentos, sensações e emoções.

A experiência em sala de aula nos mostra coisas diferentes: não somos todos iguais. Cada um de nós está carregado de um subjetivismo e, por mais que tenhamos um aparato biológico em comum, o psiquismo individual pode dar um norte por vezes completamente diferente àquilo que é vivido: de modo que, aquilo que em alguns alunos pode ser um sintoma, noutros pode representar um pedido de ajuda; outros, ainda, uma forma de lidar com uma situação. Cabe ao(a) professor(a) estar atento(a) e comunicar à família o comportamento do(a) aluno(a).

Assim, é possível ver o quanto as pesquisas farmacológicas dão conta – e devemos reconhecer com louvor os avanços – das questões biológicas, fisiológicas, orgânicas, enfim, da química que rege o corpo. Entretanto, estas pesquisas não dão conta do humano numa perspectiva heurística. Estas pesquisas suprimem a realidade subjetiva, a forma como são vivenciadas as experiências individuais. Cada criança apresenta reações diferentes. O medicamento pode estimular ou aquietar demais.

Deste modo, o que se levanta neste trabalho é apenas uma continuidade da discussão acerca de o que mesmo é que se pretende com a medicalização no

atendimento à criança. Se desnecessária, ela pode estar servindo apenas para suprimir sensações, sentimentos e angústias que precisam ser atendidas e não ignoradas. A medicação, nestes casos pode até dar conta de tirar a responsabilidade dos familiares da criança (que não a suportam); de tirar a responsabilidade dos educadores (que não conseguem fazê-la aprender), entre outros.

O educador tem um papel fundamental, como agente político-social, no contexto desta realidade em sua sala de aula. Ele pode optar por ser omissos e assumir um discurso de conforto por sua parte. Ou ele pode ser educador, estar engajado de fato no processo e possibilitar à estas crianças uma escuta diferenciada, uma possibilidade de atendimento dos apelos emocionais.

A escola precisa então ter professores qualificados, atentos aos comportamentos de alunos(as) considerados(as) como hiperativos(as), sendo importante o olhar da equipe multiprofissional. Claro que o(a) hiperativo(a) precisa parar para aprender, ser contido em tantos movimentos que o(a) distraem e distraem os(as) demais alunos(as) na sala de aula. Orientar as famílias, ouvir o médico, o relato dos outros profissionais que lidam com o(a) aluno(a) hiperativo é fundamental para o seu desenvolvimento e sua aprendizagem.

Medicar por si só não resolve. O trabalho pedagógico e afetivo do(a) professor(a) e um diálogo com a família contribuem para o processo de ensino-aprendizagem.

Por fim, ressalta-se a importância do educador importar-se com o educando, com o processo de seu desenvolvimento. É preciso que se entenda que o processo de ensinar é também de aprender, e de aprender com as diferenças: aprender a superar e a fazer superar situações.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, Anderson Fernandes. O pensamento de Paulo Freire sobre a tecnologia: traçando novas perspectivas. **V Colóquio Internacional Paulo Freire – Recife**, 19 a 22-setembro-2005. Disponível em: <[http://seminariopaulofreire-proa8.pbworks.com/f/texto\\_pensamentofreire\\_sobretecnologia\\_pdf.pdf](http://seminariopaulofreire-proa8.pbworks.com/f/texto_pensamentofreire_sobretecnologia_pdf.pdf)>. Acesso em: 08/12/15 às 16h05min

AJURIAGUERRA, J. de. **Manual de Psiquiatria Infantil**. São Paulo: Editora Gráfica Prensa, 1983.

BRANDÃO, Paulo Sérgio da Silva. A Pedagogia Social, uma antropologia de proximidade, hospitalidade e serviço. *In: Cadernos de Pedagogia Social - aprender na e com a vida – as respostas da pedagogia social*. V. 1, p 105-115. Lisboa – Portugal. Universidade Católica Editora, 2007.

BRZOZOWSKI, Fabíola Stolf; CAPON, Sandra. Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: classificação e classificados. **Physis Rev. Saúd. Colet.**, Rio de Janeiro. 19 (4). 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n4/v19n4a14.pdf>>. Acesso em: 08/12/15 às 10h30min.

DORNELES, Beatriz Vargas et al . Impacto do DSM-5 no diagnóstico de transtornos de aprendizagem em crianças e adolescentes com TDAH: um estudo de prevalência. *Psicol.Reflex. Crit.*, Porto Alegre , v. 27, n. 4, p. 759-767, Dec. 2014 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722014000400759&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722014000400759&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 08/12/2015 às 11h07min. <http://dx.doi.org/10.1590/1678-7153.2014274167>.

FIORE, Mariana de Araújo. **Medicalização do corpo na infância - considerações acerca do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade**. *Clio-Psyché – Programa de Estudos e Pesquisas em História da Psicologia*. Mnemosine. Vol. 1, n. 1 (2005) –ArtigosDisponível em: <[http://www.mnemosine.com.br/ojs/index.php/mnemosine/article/view/56/pdf\\_42](http://www.mnemosine.com.br/ojs/index.php/mnemosine/article/view/56/pdf_42)>. Acesso em: 07/12/15 às 18h40min.

FRANCA, Maria Thereza de Barros. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): ampliando o entendimento. *J. psicanal.*, São Paulo , v. 45, n. 82, jun. 2012 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-58352012000100014&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352012000100014&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 25/11/15 às 05h43min.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do Oprimido*. RJ Paz e Terra. 1997.

\_\_\_\_\_. *Pedagogia da Autonomia*. Paz e Terra. 2002.

GHAUTHIER, C. *Por uma Teoria da Pedagogia*. Porto Alegre. Artmed. 2001.

JARDIM, Wagner Rogério de Souza. **Dificuldades de Aprendizagem No Ensino Fundamental – Manual de identificação e intervenção**. São Paulo: Editora Loyola, 2001.

LANDSKRON, Lílian Marx Flor; SPERB, Tania Mara. **Narrativas de professoras sobre o TDAH: um estudo de caso coletivo**. Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE). Volume 12. Número 1 – Janeiro/Junho de 2008, p. 153-167  
Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pee/v12n1/v12n1a11.pdf>>. Acesso em: 26/05/2015 às 06h04min.

LEGNANI, Viviane Neves; ALMEIDA, Sandra Francesca Conte de. A construção diagnóstica de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: uma discussão crítica. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 1, abr. 2008. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672008000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672008000100002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 25/11/2015 às 05h58min.

LOPES, Regina Maria Fernandes; NASCIMENTO, Roberta Fernandes Lopes do; BANDEIRA, Denise Ruschel. Avaliação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade em adultos (TDAH): uma revisão de literatura. *Aval. psicol.*, Porto Alegre, v. 4, n. 1, jun. 2005. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712005000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712005000100008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 02/12/15 às 05h58min.

MARCHESI, Álvaro. Da linguagem da deficiência às escolas inclusivas. *In*: COLL, César; MARCHESI, Álvaro; PALACIOS, Jesús; e Colaboradores. **Desenvolvimento Psicológico e Educação – transtornos de desenvolvimento e necessidades educativas especiais**. Vol 3. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MEIRA, Marisa Eugênia Melillo. Para uma crítica da medicalização na educação. **Rev. Sem. da Ass. Bras. de Psic. Esc. e Educ.**, São Paulo, n. 1, Vol. 16, Jan-Jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pee/v16n1/14.pdf>>. Acesso em: 02/12/15 às 05h55min.

PAULON, Simone Mainieri; Freitas, Lia Beatriz de Lucca; Pinho, Gerson Smiech. **Documento subsidiário à política de inclusão**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial, 2005.

PIMENTA, Sonia Almeida; RIBEIRO, Iná do Socorro; SOARES, João Joaquim; VIRGÍNIO, M<sup>a</sup> Helena da Silva; GUEDES, Márcia Lustosa; GUIMARÃES, M<sup>a</sup> do Socorro. Formação Docente: desafios à prática. *In*: RODRIGUES, Janine Marta Coelho; PIMENTA, Sonia Almeida; BORGES, Onelice de Medeiros (orgs.). Dimensões Teóricas e Avaliativas na Construção da Formação Continuada: desafios para o século XXI. João Pessoa: Mídia Gráfica Editora, 2013.

RAMOS, Isolda Ayres Viana e BORGES, Onelice de Medeiros. Um Olhar sobre “Medo e Ousaria – O cotidiano do professor”. *In*: Formação Docente – Contribuições do ideário de Paulo Freire (Janine Marta Colho Rodrigues – Organizadora).

RODRIGUES, Janine M. Construindo a Profissionalização Docente. JP. Editora Universitária. 2003.

SANTOS, Letícia de Faria; VASCONCELOS, Laércia Abreu. Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade em Crianças: Uma Revisão Interdisciplinar. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, n. 4, Out.-Dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n4/15.pdf>>. Acesso em: 02/12/2015 às 06h05min.

SILVA, Isa Monteiro. O professor como mediador. *In*: **Cadernos de Pedagogia Social - aprender na e com a vida – as respostas da pedagogia social**. V. 1, p. 117-123. Lisboa – Portugal. Universidade Católica Editora, 2007.